第１３号様式（第１５条関係）

|  |
| --- |
| 国民健康保険限度額適用認定証交付、限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 |
| 被保険者記号番号 | 島２- | 申請内容（該当に○） | 新規 | 長期 | 再発行 | 負担区分変更 |
| 世帯主 | 住所 | 二本松市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 限度額適用減額対象者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 世帯主との続柄 | 　 | 個人番号 |  |
| 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ | 長期入院 | 該 当・非該当 |
| ① | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 日間　 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| ② | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 日間　 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| ③ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 日間　 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| ④ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 日間　 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| ⑤ | 申請日の前１年間の入院期間（日数） | 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 日間　 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |

　上記のとおり申請します。

　　　二本松市長

　　　　　年　　月　　日

住　　所

世帯主　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

個人番号

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）